

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

N°

114

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gilbert-René MOREAU

Né le 29 novembre 1907 à Alfortville (Seine)

LA ROUGEOLE

**Etude Statistique
de l'Hôpital Hérold en 1932-33-34**

Président : M. NOBECOURT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

—
1935

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gilbert-René MOREAU

Né le 29 novembre 1907 à Alfortville (Seine)

LA ROUGEOLE

Etude Statistique

de l'Hôpital Hérold en 1932-33-34

Président : M. NOBECOURT, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	BEZANCON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.

BENARD (Henri) Pathologie médicale.

BERNARD (E.) Pathologie médicale.

BOULIN..... Pathologie médicale.

BROCQ..... Pathologie chirurgicale

BULLJARD..... Histologie.

CATHALA..... Pathologie médicale.

CHABROL..... Pathologie médicale.

CHEVALLIER.. Pathologie médicale.

DOGNON..... Physique.

DONZELOT.... Pathologie médicale.

FEY..... Urologie.

GALLIARD..... Parasitologie.

GASTINEL..... Bactériologie.

GATELLIER ... Pathologie chirurgicale

DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.

GAYET..... Physiologie.

GIROUD..... Histologie.

HAGUENEAU... Pathologie médicale.

HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.

HAZARD..... Pharmacologie.

HUGUENIN..... Anatomie pathologique

JOANNON..... Hygiène.

LABBE (Henri). Chimie biologique.

LACOMME..... Obstétrique.

LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM-

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale

LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.

LEVEUF..... Pathologie chirurgicale

Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.

LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.

MOREAU..... Pathologie médicale.

MOULONGUET. Pathologie chirurgicale

MOUQUIN..... Pathologie médicale.

OBERLING..... Anatomie pathologique

PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale

PIEDELIEVRE. Médecine légale.

PORTES..... Obstétrique.

QUENU..... Pathologie chirurgicale

RICHET..... Physiologie.

SANNIE..... Chimie biologique.

SENEQUE..... Pathologie chirurgicale

SEZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.

TROISIER..... Pathologie expérimentale

TURPIN..... Pathologie médicale.

VALLERY-RADOT

(Pasteur) ... Pathologie médicale.

VELTER..... Ophtalmologie.

VIGNES..... Obstétrique.

WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale

BUSQUET..... Pharmacologie.

CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.

MM.
GUENIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale

MM.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
FREY Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Comme preuve de ma pro-
fonde affection.*

A CHACUN DES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider cette thèse.*

*En témoignage de respec-
tueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. MILHIT

*Qui nous a inspiré ce travail.
En témoignage de reconnaissance,
d'admiration et de respectueux attachement.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur HARTMANN.

M. le Professeur CARNOT.

M. le Professeur LEGUEU.

M. le Docteur HALBRON.

M. le Docteur COMTE.

M. le Docteur MILHIT.

M. le Professeur Agrégé FEY

M. le Docteur BERGERET.

M. le Docteur BOPPE.

M. le Docteur Robert FAYOT.

Introduction

LA ROUGEOLE

Dans cette immense question, il nous a semblé, sous l'inspiration de notre maître le Docteur J. Milhit, qu'une étude statistique n'était pas sans intérêt.

Établir une statistique c'est regarder, derrière soi, l'ensemble de toutes les rougeoles passées dans le service, c'est fixer par des chiffres, dans des tableaux, tous les souvenirs de la clinique ; c'est juger une méthode, un traitement, une mesure prophylactique prise régulièrement, c'est : « faire le point ».

Dans certains cas, même, de cette concentration de faits, saillent certains chiffres, certaines relations qui semblent alors solliciter une attention particulière, une réflexion d'où peut naître un progrès.

Et il importe de toujours mieux connaître les moyens à utiliser pour enrayer les contagions, les épidémies de maladies infectieuses.

Certes, une statistique ne peut englober toutes les

petites particularités cliniques, les nuances, car il faut classer, c'est-à-dire, mettre dans un cadre rigide, et quelquefois, pour cela, on est amené à scinder une belle observation.

D'autre part, un chiffre pourra être excessif ou insuffisant, envisagé sur une période trop courte, dans des circonstances particulières, « la loi des séries ».

Mais, sujette aux critiques, discutée sur certains points, la statistique demeure une étude utile, puisque consultée.

C'est donc la statistique de la rougeole, à l'hôpital Hérold, dans le service de notre maître le Docteur J. Milhit, durant les années 1932-1933-1934, que nous allons étudier.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

« La maladie dont on meurt le plus, est de beaucoup la rougeole », lisons-nous dans un rapport à l'Académie de Médecine en 1900 (Vallin).

Depuis cette date, jusque vers 1925, les statistiques annuelles de l'Office International d'Hygiène public, indiquent un taux de mortalité par rougeole, variant entre 27,05 à 37,50 %.

L'annuaire statistique de la ville de Paris, dans ces dernières années, donne des chiffres plus faibles, 15 à 18 %.

A l'hôpital Hérold, au cours de l'épidémie de rougeole de l'hiver 1922-23, la mortalité fut de 14,44 %, chiffre le plus bas des hôpitaux parisiens.

A l'hôpital des Enfants Malades de 1927 à 1932, la mortalité par rougeole fut de 14,43 %.

Signalons cependant deux points particuliers :

1° Tous les auteurs et toutes les statistiques s'accordent pour prouver la bénignité de la rougeole soignée à domicile. La mortalité n'atteindrait guère que 3 à 5 %.

2° Une statistique de l'Institut Pasteur en 1926, donne également un faible pourcentage de mortalité : 3, 08 %.

Et Lelièvre de la Moricière semble insister sur l'isolement bien réalisé à l'Institut Pasteur.

Ainsi, nous aborderons les causes de la forte mortalité dans les hôpitaux.

L'hospitalisation :

- serait cause de contagion,
- favoriserait l'éclosion des broncho-pneumonies,
- donnerait par passages des germes, des formes plus graves.

Il est exact, que l'isolement développé de plus en plus, évitant les grandes salles et surtout la réunion de ce que l'on appelle les douteux, entraîne une amélioration pour une bonne part.

Mais il ne nous semble pas que ce progrès soit total, suffisant.

La mortalité hospitalière demeure élevée, parce que les formes sont plus graves.

Les médecins envoient, à l'hôpital, les formes compliquées graves, les formes avec broncho-pneumonie, les enfants déficients, les enfants qui se trouvent dans un milieu où l'hygiène est souvent bien méconnue.

C'est une sélection que reçoit l'hôpital, une sélection dans la gravité, dans la moindre résistance, donc entraînant fatalement une grosse mortalité. Enfin,

il reste ce que l'on appelle le « génie épidémique ».

Ces dernières années ont vu la généralisation des mesures prophylactiques : sérum de convalescent, sérum de Roux, dans toutes les rougeoles, particulièrement, et à dose double, dans les formes que l'on peut craindre sévères, dès l'hospitalisation.

A cette mesure, il convient de joindre également l'injection systématique de sérum anti-diphtérique.

STATISTIQUE

Nous étudierons donc la statistique de la rougeole, à l'hôpital Hérold, dans le service de notre maître le Docteur J. Milhit, pendant les années 1932-1933-1934.

Nous signalerons cependant :

1^o Nous commençons le 10 janvier 1932 à l'arrivée du Docteur Milhit à Hérold ;

2^o Le service fut fermé à plusieurs reprises, par manque de malades :

En 1932 du 3 octobre au 31 décembre,

En 1933 du 1^{er} janvier au 8 mars, du 6 septembre au 1^{er} novembre ;

3^o Nous nous sommes arrêtés le 1^{er} novembre 1934.

Nous verrons successivement :

I. Fréquence de la rougeole :

- à Hérold, dans l'ensemble,
- suivant l'âge,

II. Mortalité dans la rougeole.

- générale,
- suivant l'âge,
- influence du sexe.

III. Complications :

a) Broncho-pneumonie

- fréquence : — totale
 - saisons
 - âge
- » hospitalisation
- » mortalité :
 - générale
 - âge
 - hospitalisation

b) Formes hyperthermiques

c) Otites et mastoïdites

d) Complications cutanées

e) Complications nerveuses

f) Troubles digestifs.

IV. Les associations :

- diphtérie,
- scarlatine,
- tuberculose.

V. Quelques cas,

I. FRÉQUENCE DE LA ROUGEOLE

Durant les années que nous avons indiquées, l'hôpital Hérold a reçu :

$$2640 + 2868 + 2860 = 8368$$

enfants, pour des affections quelconques dont nous pouvons isoler :

$$245 + 242 + 311 = 798$$

cas de rougeole.

Soit un pourcentage global = 10 % (9,53 %).

La rougeole demeure une affection de grande fréquence chez les enfants.

Voyons, maintenant, suivant l'âge des enfants :

Il nous a semblé intéressant d'envisager les cadres suivants :

- la première année de la vie,
- la deuxième année,
- de 2 à 6 ans,
- de 6 à 10 ans,
- au-dessus de 10 ans.

Dans la première année de la vie, précisons tout de suite, il s'agira surtout du deuxième semestre, des enfants de 6 à 12 mois.

Nous n'avons en effet relevé que 4 cas de rougeole chez des enfants de moins de 6 mois, à savoir :

- 5 mois : Rougeole, gastro-entérite (décédé).

— 3 mois, Rougeole, otite, broncho-pneumonie, pemphigus (décédé).

— 3 mois : Rougeole, otite.

— 4 mois 1/2 : Rougeole, broncho-pneumonie, troubles digestifs.

Mais on sait, que le nourrisson présente une sorte d'immunité envers la rougeole : immunité presque absolue jusqu'à 3 mois, encore très grande jusqu'à 6 mois.

Dans la première année de la vie, donc, — nous conserverons cette appellation — nous trouvons les chiffres suivants :

$34 + 35 + 21 = 90$ cas de rougeole.
soit : 11,27 %.

Ce pourcentage est en concordance avec ceux que donnent dans leurs thèses, Mariani en 1926 : 12, 4. % ; Veslot en 1933 : 10, 90 %.

Dans la deuxième année

$75 + 57 + 85 = 215$ cas de rougeole.
soit : 27,19 %.

De 2 à 6 ans :

$106 + 123 + 152 = 381$ cas.
soit : 47,74 %.

De 6 à 10 ans :

$25 + 25 + 39 = 89$ cas.
soit : 11,15 %.

Au-dessus de 10 ans :

$$5 + 2 + 14 = 21 \text{ cas.}$$

soit : 2, 63 %.

La rougeole sévit surtout chez les enfants de 1 à 6 ans ; la moitié des cas entre 2 et 6 ans.

II. MORTALITÉ

Mortalité générale

Sur les 798 cas de rougeole que nous avons étudiés, nous avons à relever 96 décès, soit une mortalité de : 12, 03 %.

$$12 \%$$

Voyons séparément, au cours des trois années :

En 1932 — 245 entrants ; 30 décès, soit : 12,24 %.

En 1933 — 242 entrants ; 26 décès, soit : 10,74 %.

En 1934 — 311 entrants ; 40 décès, soit : 12,86 %.

Mortalité suivant l'âge

Dans la première année de la vie :

90 rougeoles ; 35 décès, soit : 38, 88 %.

En 1932 — 34 entrants ; 13 décès, soit : 38,23 %.

En 1933 — 35 entrants ; 13 décès, soit : 37,14 %.

En 1934 — 21 entrants ; 9 décès, soit : 42,85 %.

Rappelons quelques chiffres de la mortalité par rougeole, dans la première année de la vie :

Comby — Trousseau — 1895, 35 %.

Bernard — Enfants Malades — 1896, 59 %.

Renaud — Saint-Louis — 1914-23, 32 %.

Joannon — Cl. Bernard — 1922-23, 43 %.

Veslot — Enfants Malades — 1927-32, 43,58 %.

Dans la deuxième année :

217 rougeoles et 46 décès, soit 21,19 %.

En 1932 — 75 entrants ; 14 décès, soit : 18,66 %.

En 1933 — 57 entrants ; 11 décès, soit : 19,29 %.

En 1934 — 85 entrants ; 21 décès, soit : 24,70 %.

De 2 à 6 ans :

381 rougeoles et 15 décès, soit : 3 93 %.

En 1932 — 106 entrants ; 3 décès, soit : 2,88 %.

En 1933 — 123 entrants ; 2 décès, soit : 1,62 %.

En 1934 — 152 entrants ; 10 décès, soit : 6,57 %.

Remarquons le nombre élevé des décès, en 1934, dans cette catégorie :

Nous trouvons, en recherchant les causes :

1 scarlatine maligne,

1 méningite,

1 tuberculose,

5 broncho-pneumonies,

2 rougeoles !

Au-dessus de 6 ans, nous n'avons pas à enregistrer de mort par rougeole, pour 110 malades hospitalisés.

C'est surtout, durant les deux premières années de la vie, que la rougeole est grave et mortelle dans les proportions suivantes :

38, 88 % —

21, 19 %. —

Mortalité suivant le sexe

Il est classique de dire, qu'il meurt de rougeole, un peu plus de garçons que de filles.

Nous avons donc également recherché ces chiffres et voilà :

Décès : ♂ = 12 + 12 + 20 = 44.

♀ = 18 + 14 + 20 = 52.

Nous n'attacherons pas à ces chiffres, plus d'importance qu'ils n'en méritent, et nous nous excusons de dire, que l'on meurt de rougeole, aussi bien dans les deux sexes.

III. COMPLICATIONS

a) *Broncho-pneumonie.*

Fréquence des complications broncho-pneumoniques.

— Dans les 798 cas de rougeole que nous avons étudiés, 116 furent compliqués de broncho-pneumonie soit : 14,53 %.

En 1932 — 245 entrants, 49 broncho, soit : 20 %.

En 1933 — 242 entrants, 24 broncho, soit : 9,91 %

En 1934 — 311 rougeoles ; 43 broncho, soit : 13,82 %

— Variant avec les années, en 1933 peu de cas, pourcentage faible, les broncho-pneumonies, varient aussi, en fréquence avec les saisons et les mois.

Si nous envisageons cette toute petite question, dénombrement des broncho-pneumonies par mois, nous obtenons :

janvier	15	juin	8
février	13	juillet	8
mars	22	août	3
avril	20	septembre	1
mai	19	octobre	3

Nous voyons donc, que le maximum est en mars, avril, mai ; puis viennent janvier et février, soit les cinq premiers mois de l'année.

— Suivant l'âge :

Dans la première année de la vie : 90 nourrissons furent hospitalisés pour rougeole ; 41 complications broncho-pulmonaires, soit : 45,55 %.

En 1932 — 34 nourrissons ; 16 broncho, soit : 47, 05 %.

En 1933 — 35 nourrissons ; 14 broncho, soit : 40 %.

En 1934 — 21 nourrissons ; 11 broncho, soit : 52, 38 %.

Nous nous reportons toujours, quand il s'agit de la rougeole, dans la première année de la vie, à la thèse documentée du Docteur Veslot en 1933, qui donne le pourcentage de 34 %, qui est très inférieur au chiffre que nous donnons.

Dans la deuxième année : 59 broncho pour 217 cas de rougeole, soit : 27,18 %.

En 1932 — 75 entrants ; 28 broncho, soit 37,33 %

En 1933 — 57 entrants ; 6 broncho, soit : 10,57 %

En 1934 — 86 entrants ; 25 broncho, soit : 29,47 %

De 2 à 6 ans :

13 broncho, pour 381 rougeoleux, soit : 3,41 %.

De 6 à 10 ans :

3 broncho pour 89 rougeoles, soit : 3,37 %.

La broncho-pneumonie est une complication de la toute première enfance, des deux premières années, surtout de la première année de la vie.

Complication survenant plus particulièrement à la fin de l'hiver et au printemps, durant les cinq premiers mois de l'année.

L'hospitalisation favorise l'éclosion de la broncho-pneumonie dit-on.

Etudions donc :

1^o les broncho-pneumonies survenant chez les enfants entrant à l'hôpital pour leur rougeole :

$$33 + 15 + 20 = 68$$

soit : 58,61 % ;

2^o les broncho-pneumonies survenant chez des enfants déjà hospitalisés pour une affection quelconque et faisant une rougeole à l'hôpital.

$$16 + 9 + 23 = 48$$

soit : 41,37 %.

De ces chiffres, on ne peut conclure à un rôle favorisant néfaste de l'hospitalisation, en tant que fréquence, nous verrons, ultérieurement, la mortalité toute différente, de ces broncho-pneumonies.

La complication broncho-pneumonique est *initiale*,

— existant à l'entrée,

— survenant dans les trois premiers jours de l'hospitalisation,

— rarement au bout de la première semaine.

La contamination à domicile, l'état antérieur du rhino-pharynx, l'état général, jouent un rôle essentiel, tandis que l'hospitalisation semble avoir peu d'influence, sur l'apparition de la broncho-pneumonie chez les rougeoleux.

Disons cependant, que l'isolement est bien réalisé à l'hôpital Hérold ; salle des douteux, et pavillon des

rougeoleux ne comprenant que des petits « box » séparés.

Insistons également sur la nécessité de la blouse individuelle ; une blouse dans chaque box et que revêt le médecin qui vient examiner chaque broncho-pneumonie.

Mortalité des broncho-pneumonies.

a) *Générale.*

— 116 rougeoles compliquées de broncho-pneumonie,

— 72 décès.

Tels sont les chiffres brutaux de la mortalité, soit : 62,06 %.

En 1932 — 49 broncho ; 26 décès, soit : 53,06 %.

En 1933 — 24 broncho ; 17 décès, soit : 70,83 %.

En 1934 — 43 broncho ; 29 décès, soit : 67,44 %.

Suivant l'âge.

Dans la première année de la vie : 41 nourrissons ont compliqué leur rougeole de broncho-pneumonie, entraînant 29 décès, soit 70,73 %.

Dans la période allant de 1927 à 1932, à l'hôpital des Enfants Malades nous relevons le pourcentage suivant : 80,1 %.

En 1932 — 16 broncho ; 11 décès, soit : 68,75 %.

En 1933 — 14 broncho ; 10 décès, soit : 71,42 %.

En 1934 — 11 broncho ; 8 décès, soit : 72,72 %.

Dans la deuxième année :

34 décès pour 59 broncho, soit : 57,62 %.

En 1932 — 28 broncho ; 12 décès, soit : 42,78 %.

En 1933 — 6 broncho ; 6 décès, soit : 100 %.

En 1934 — 25 broncho, 16 décès, soit : 64 %.

De 2 à 6 ans.

9 décès pour 13 broncho soit : 69,23 %.

Hospitalisation.

Reprenons, comme nous l'avons fait pour la fréquence de la broncho-pneumonie :

1° Les enfants hospitalisés pour rougeole et broncho-pneumonie : 68 cas ; 38 décès ;
soit : 55,88 %.

2° Les enfants hospitalisés antérieurement à leur rougeole : 48 cas ; 34 décès ; soit : 72,50 %.

Nous voyons la grosse mortalité qui sévit dans la deuxième catégorie. N'incriminons pas trop la surinfection hospitalière dans ces cas ; mais insistons surtout sur ce fait, que ces enfants, déjà malades, présentent

un état général souvent bien médiocre, toujours déficient, et résistent donc moins bien à une complication aussi grave qu'est la broncho-pneumonie dans l'enfance, associée à la rougeole.

La broncho-pneumonie demeure le gros facteur de léthalité dans la rougeole, et tout particulièrement chez les nourrissons rougeoleux.

b) *Formes hyperthermiques.*

Ces formes sont peu nombreuses, semblent assez spéciales aux nourrissons, en effet, 4 cas qui sont des enfants de 7 mois, 5 mois, 9 mois, 15 mois, et sont toujours mortelles, en 24 ou 48 heures. Ces formes sont isolées, par divers auteurs, sur les deux signes suivants :

— ascension brutale, en flèche, de la température, coïncidant avec l'apparition des premières taches d'exanthème ;

— absence de signes cliniques pulmonaires — (la dyspnée constatée dans certains cas, étant considérée comme une dyspnée sine materia).

Mais, en clinique, il est souvent très difficile, vu la rapidité d'évolution, de différencier ces formes hyperthermiques pures, des rougeoles compliquées de broncho-pneumonies.

Tableaux cliniques identiques dans les deux cas ;

une seule différence, l'absence de signes pulmonaires à l'auscultation.

Nous répétons cette phrase, pour en montrer le peu de consistance dans l'élaboration d'un diagnostic sûr. L'examen anatomo-pathologique des lésions, dit-on, pourra seul, dans certains cas, trancher le diagnostic.

Mais alors, comment fera le praticien, avec la seule clinique.

c) *Otites et Mastoïdites.*

Tous les petits rougeoleux, hospitalisés à Hérold, sont l'objet d'examens fréquents. Un spécialiste en oto-rhino-laryngologie, passe régulièrement trois fois par semaine et examine tout cas suspect. Ceci dit, constatons la faiblesse générale de tous les chiffres de notre statistique, correspondant au chapitre des otites.

Le Docteur Mordret, dans sa thèse, classe les otites de la rougeole en :

- otites catarrhales simples,
- otites latentes, méconnues,
- otites aiguës

et insiste tout particulièrement sur les otites latentes et méconnues, aux signes tympaniques peu marqués, quelquefois très délicates à déceler.

Peut-être ne rapportons-nous que des cas d'otites aiguës ?

Sur 798 rougeoleux, nous ne trouvons, dans les dossiers examinés, que 66 cas d'otites, soit : 8,27 % et 8 mastoïdites.

Suivant l'âge, les otites semblent plus fréquentes dans la première année de la vie, et au-dessus de 10 ans.

Otites et broncho-pneumonies

« Gravité d'une otite précoce, que suit une broncho-pneumonie sévère », avons-nous lu quelque part.

C'est pourquoi, nous avons étudié ce petit chapitre.

Il ne nous a pas semblé que ce rapport soit intéressant :

— nous n'avons observé que relativement peu d'otites,

— la plupart des broncho-pneumonies sont initiales.

Ce n'est donc que chez les enfants déjà hospitalisés, que pourraient se voir les otites précédant les broncho-pneumonies.

Mais dans ces cas, n'est-ce pas la déficience générale de l'enfant, plus que toute autre chose, qui détermine la gravité de la broncho-pneumonie.

Nous considérerons plus volontiers l'affection du

rhino-pharynx, l'otite et la broncho-pneumonie comme un complexe grave, très grave, sans imposer d'ordre à ces facteurs.

d) *Complications cutanées.*

Peut-on vraiment parler de complications cutanées de la rougeole ? pyodermite, furonculose, pemphigus. Notons simplement la gravité que prend le pemphigus survenant au cours d'une rougeole et surtout compliquée de broncho-pneumonie.

e) *Complications nerveuses.*

Les complications nerveuses au cours de la rougeole sont de 2 ordres :

I. Les convulsions, fréquentes, de pronostic variable ; nous enregistrons : 2 décès.

II. Les complications nerveuses proprement dites :

— méningite : 2 cas.

— encéphalite : 2 cas.

f) *Troubles digestifs.*

La première année de la vie, est, par excellence, la période des troubles digestifs.

Toute affection intercurrente est susceptible d'en déterminer l'apparition, surtout dans les cas d'allaitement artificiel.

Rien d'étonnant donc, que nous trouvions des troubles digestifs, compliquant la rougeole, soit vomissements, soit diarrhée, de pronostic très variable.

Nous signalerons 2 décès, par gastro-entérite et diarrhée verte.

IV. LES ASSOCIATIONS

Diphtérie. — Il est une règle appliquée à Hérold, comme partout ailleurs, un ensemencement du nez et de la gorge est fait à tous les rougeoleux hospitalisés ; et les examens sont pratiqués par le laboratoire central de l'hôpital. On ajoute à cette mesure, l'injection préventive, systématique, de sérum antidiphtérique.

Et nous avons trouvé, s'associant à la rougeole :

13 angines diphtériques,

4 diphtéries nasales,

2 diphtéries oculaires,

1 porteur de germe

20 soit : 2, 50 %.

Il est curieux de constater la faiblesse de ce pourcentage, tandis que la plupart des auteurs donnent la proportion de 20 % moyenne, de rhinites diphtériques.

Nombre d'auteurs ont insisté sur la gravité de l'association : rougeole-diphtérie, nous avons eu : 4 décès.

Scarlatine. — Cette association se rencontre encore assez souvent, aussi bien dans un sens que dans l'autre ; nous ne pouvons favoriser l'une de ces évolutions.

1932 — 11 cas.

1933 — 6

1934 — 8 cas dont 1 maligne

25 soit : 3,13 %.

Lelièvre de la Moricière signale dans sa thèse en 1926, la bénignité de la rougeole avant la scarlatine, contrastant avec la malignité de la rougeole post-scarlatineuse. Nous conserverons la même impression, sans toutefois être formel : chiffres faibles, mortalité réduite.

Tuberculose. — Nous n'envisagerons pas dans cette étude statistique, la question de relation : rougeole et tuberculose, nous signalerons seulement quelques faits.

Nous n'avons pas eu la possibilité de suivre les petits rougeoleux. La moitié de la question nous manque donc.

D'autre part, nous n'avons observé que peu d'enfants, ayant des antécédents tuberculeux nets, avec des lésions pulmonaires, et qui présentèrent une rougeole :

4 cas, 3 décès.

— Etudiée à plusieurs reprises dans le service, très fréquemment pratiquée chez de nombreux rougeoleux, on peut presque dire que la cuti-réaction est un examen fait systématiquement.

Au cours de la rougeole, maladie anergissante, la cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Cette négativation apparaît au moment de l'éruption, en général, dure une semaine environ, mais peut se prolonger, comme au contraire redevenir rapidement positive.

Nous avons constaté trois cas, dans lesquels la cuti-réaction est demeurée + durant toute l'évolution de la rougeole ; ces rougeoles étaient banales, les éruptions banales ; des clichés radiographiques pulmonaires sans lésions appréciables.

De tels faits sont déjà assez souvent signalés ; d'autres études en donneront peut-être la raison, l'explication.

Peut-être, vaudrait-il mieux pratiquer une intra-dermo-réaction, aussi simple mais plus sûre quant aux résultats.

V. QUELQUES CAS

Comme il s'agit d'une statistique, nous indiquerons simplement, les quelques cas suivants d'associations ou de coïncidence :

- 1 rougeole hémorragique,
 - 1 paludisme,
 - 1 typhoïde,
 - 1 érythème noueux,
 - 1 chorée,
 - 14 coqueluches,
 - 20 varicelle,
 - 3 oreillons.
-

Conclusions

I. La rougeole demeure d'une grande fréquence et sévit surtout chez les enfants de 1 à 6 ans ; la moitié des cas entre 2 et 6.

II. Mortalité générale : 12 %.

— C'est surtout dans les deux premières années de la vie, que la rougeole est grave, et mortelle dans les proportions suivantes :

— première année : 38,88 %.

— deuxième année : 21,19 %.

III. Gravité du complexe : affection du rhinopharynx + otite + broncho-pneumonie.

IV. La broncho-pneumonie est une complication de la toute première enfance, des deux premières années, surtout de la première année de la vie.

— Complication survenant plus particulièrement à la fin de l'hiver et au printemps.

— La contamination à domicile, l'état antérieur du rhino-pharynx l'état général, jouent un rôle essen-

tiel, tandis que l'hospitalisation ne semble pas avoir l'influence qu'on lui octroyait jusqu'alors, dans l'apparition de la broncho-pneumonie.

— La broncho-pneumonie demeure le gros facteur de létalité dans la rougeole, 62,06 %, et tout particulièrement chez des nourrissons rougeoleux : 70,73 %.

V. Enfin, nous insisterons sur : l'*isolement* qui est une mesure prophylactique indispensable.

— et dans les milieux hospitaliers, les injections de *sérum de convalescent*, les injections de *sérum anti-diphtérique* qui seront faites systématiquement chez tous les rougeoleux.

Vu, le Doyen :
ROUSSY.

Vu, le Président,
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

Bibliographie

- Comby.** — « La rougeole à l'hôpital Trousseau en 1895 », *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 6 mars 1896.
- Corentsvété.** — *La rougeole aux Enfants Malades en 1908*, Thèse, Paris 1909.
- Debré, Broca, Bertrand.** — « La rougeole à l'hôpital Bretonneau en 1922 », *Bull. Soc. Méd.* mai 1924.
- Debré et Joannou.** — *Rougeole, épidémiologie, immunologie, prophylaxie*, Masson 1926.
- Debré et Mme Papp.** — « Recherche sur la disparition de la cuti-réaction positive à la tuberculine, pendant la rougeole », *Ann. Méd.* juin 1926.
- Joannou.** — *Les bases de la prophylaxie anti-morbillieuse*, Thèse Paris 1924.
- Jeudon.** — « La rougeole en milieu hospitalier », *La sage-femme et le puériculteur*, 10 juillet 1928.
- Lelièvre de la Moricière.** — *La rougeole à l'Institut Pasteur, 1900-1924*, Thèse Paris 1926.
- Lereboullet et Baize.** — « Rougeole et cuti-réaction tuberculinique », *Arch. Méd. Enf.* décembre 1931.
- Lesné.** — « Mortalité de la rougeole à Trousseau en 1933 », *Bull. Soc. Méd.* mai 1924.
- Mordret.** — *Otites au cours de la rougeole*, Thèse Paris 1924.
- Nobécourt.** — « Rougeole et tuberculose » *Progrès Médical*, mars 1929,

Nobécourt. — « Rougeole dans la première année, étude statistique », *Concours Médical*, juillet 1932.

Nobécourt, Liège, Herr. — « Rougeole et tuberculose », *Arch. Méd. Enf.*, février 1930.

Veslot. — *Rougeole dans la première année de la vie*, Thèse Paris 1933.

Bull. Soc. Péd. mai 1924.

Statistiques.

